Niveau(x) d'enseignement: 2 Numéro EDUQ : 8370298
Centre d'intérêt: 260

Ringuette, Martin.

Maternelle et pré-maternelle pour les 4-6 ans handicapés physiques : rapport final / [Martin Ringuette, chercheur attitré ; Marc-André Deschênes, responsable du projet]. -- [Alma] : Commission scolaire régionale du Lac-Saint-Jean, 1981.
45, [31] f. ; 28 cm.

Cote Dewey: 371.91'09714/R582m Cote LC: LC/4034.2/.Q3

Descripteur(s): *Education spéciale *Enfant handicapé *Handicapé physique *Comportement de l'enfant *Rôle des parents *Motricité *Autonomie *Socialisation *Multidisciplinarité *Maternelle (Niveau) *Préscolaire (Niveau)

L'étude s'est déroulée durant l'année scolaire 1980-1981 à la Commission scolaire régionale du Lac-Saint-Jean. La recherche a pour objectif d'évaluer l'impact de l'intervention d'une enseignante, d'une ergothérapeute, d'une physiothérapeute et d'une monitrice auprès de jeunes enfants handicapés physiques. Parmi les caractéristiques de la population-cible, on peut noter qu'elle habite une région éloignée des grands centres, alors que la nature des handicapés décelés chez elle nécessite une intervention précoce.

L'instrument utilisé est une grille d'évaluation, reproduite en annexe, qui regroupe l'ensemble des comportements susceptibles de faciliter le fonctionnement normal de l'enfant autour de quelques grands thèmes: motricité, langage, autonomie, socialisation, etc. L'évaluation a été effectuée au cours du premier semestre, puis à nouveau à la fin de l'année. L'intervention a été menée, non seulement dans le cadre de l'école, mais aussi auprès des parents qui ont été mis à contribution, au moyen de rencontres individuelles et collectives.

Il apparaît que l'implication des parents constitue une donnée fondamentale pour le progrès des enfants: les améliorations les plus marquées apparaissent chez les enfants dont les parents sont les plus impliqués. Dans l'ensemble, l'expérience a permis non seulement de réaliser des interventions profitables pour les enfants mais également de raffermir les intervenantes dans le souci de l'interdisciplinarité et de rappeler le caractère essentiel de la collaboration étroite des parents.

Type de document: r
Région(s) administrative(s): 02
Financement: Bénéficiaire - Commission scolaire du Lac St-Jean
Organisme(s) source(s) - MEQ-DGDP
Programme(s) de subvention - Projet-pilote
Auteur de l'analyse: jr

E D U Q 8370298

DESCHENES, Marc-André, Ringuette, Martin

"Maternelle et pré-maternelle pour les 4-6 ans handicapés physiques: rapport final.

E D U Q 8370298

MATERNELLE ET PRE-MATERNELLE

POUR LES 4-6 ANS

HANDICAPES PHYSIQUES

RAPPORT FINAL

AOUT 1981

FEUILLE SYNTHESE DE PRESENTATION DU RAPPORT

PERIODE COUVERTE PAR L'EXPERIMENTATION
1980-81

COMMISSION SCOLAIRE: Régionale du Lac St-Jean

REGION ADMINISTRATIVE: 02

SECTEUR: HANDICAPES PHYSIQUES

GROUPE-AGE: 4-6 ans

TITRE DU PROJET: "Maternelle et pré-maternelle pour les 4-6 ans handicapés physiques"

RESPONSABLE DU PROJET:
Nom: Marc-André Deschênes
Fonction: Coordonnateur de l'adaptation scolaire
Téléphone: 668-7931

CHERCHEUR ATTITRE:
Nom: Ringuette Martin Ringuette
Fonction: Diplômé en histoire
Téléphone: 668-8366

DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'EXPERIMENTATION REALISEE JUSQU'A CE JOUR:

Compte-tenu de l'expérience vécue l'an dernier, la démarche s'est déroulée comme suit jusqu'à maintenant.

Une évaluation poussée de chaque enfant a été suivie

- de l'élaboration de plans d'intervention et de rencontres avec les parents,
- de l'application proprement dite de ces plans d'intervention, tout cela s'accompagnant
- d'une réévaluation constante prévoyant des ajustements au second semestre ainsi que
- d'une relance continuelle auprès des parents.

Enfin, à la fin de l'année, des réunions bilan dont le contenu apparaîtra dans ce rapport.

1. TITRE DU PROJET

Maternelle et pré-maternelle pour les quatre-six (4-6) ans handicapés physiques.

2. COMMISSION SCOLAIRE:

Régionale du Lac-St-Jean.

ECOLE:

Jean Dequen, Alma.

3. MEMBRES DE L'EQUIPE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION:

- Marc-André Deschênes, coordonnateur de l'adaptation scolaire; responsable du projet à la commission scolaire.

- Edmond Lévesque, directeur de l'école Léon Juneau, et des plateaux d'apprentissage Jean Dequen et Albert Naud, responsable du projet au niveau de l'école.

- Christiane Bouchard, enseignante, responsable de l'intervention pédagogique.

- Georgette Martel, monitrice, aide à l'enseignante et responsable des enfants du projet (repas, entrées, sorties).

- Johanne Saulnier, physiothérapeute, responsable de l'intervention physiothérapeutique.

- Linda Simard, ergothérapeute, responsable de l'intervention ergothérapeutique.

- Martin Ringuette, diplômé en histoire, chercheur.

4. PLAN DE LA RECHERCHE:

4.1 Modèle d'organisation détaillé des services éducatifs expérimentés dans la réalisation du projet:

a) Spécification des difficultés des élèves concernés par ce projet;

voir tableau.

b) Nombre d'élèves en fonction des difficultés énumérées précédemment;

voir tableau.

c) Groupe-âge et sexe;

voir tableau.

d) Localisation des jeunes en fonction de leurs pairs du secteur régulier;

- Il s'agit d'une école spéciale, ce qui correspond au niveau "6" du système en cascade.

e) Organisation humaine et physique de l'école;

- Ecole:

Organisation humaine:

- Nombre d'élèves: 50
- Nombre de professeurs: 9
- Directeur: 1 à demi-temps
- Secrétaire: 1 à demi-temps
- Physiothérapeute: 1
- Ergothérapeute: 1
- Monitrices: 2 à temps plein
  2 à demi-temps
- Concierge: 1

Organisation physique:

- Locaux de classe: 7
- Atelier de menuiserie: 1
- Salle de physiothérapie: 1

- Salle d'ergothérapie: 1
- Cuisine-cafétéria: 1
- Salle de professeurs: 1
- Grande salle (activités générales): 1

- Classe:

De grandeur normale (environ 30' X 20'), le local de classe est muni de grandes fenêtres couvrant un mur. Le plancher est recouvert de tapis et de tuiles dans une proportion de 50-50.

L'aménagement reflète l'approche pédagogique générale car on retrouve un coin de musique, un coin de télévision, un coin-cuisine, un pour le jeu, un pour le travail, un autre pour le rangement du matériel et un enfin pour le bureau de l'enseignante.

- Salle d'ergothérapie:

Il s'agit de l'ancienne salle des professeurs. Bien éclairé (grandes fenêtres) il a une superficie d'environ 30'X20'. Il est recouvert de tuiles. L'ergothérapeute y a son bureau.

- Salle de physiothérapie:

Il s'agit d'un vaste local (environ 50' X 35') muni d'un mur formé de grandes fenêtres. Le plancher est recouvert de tapis et de tuiles. Le matériel utilisé est réparti sur l'ensemble de la surface. On y retrouve également le bureau de la physiothérapeute.

<u>Liste du matériel utilisé:</u>

- Classe:
  - bonhomme feutrine (schéma corporel)
  - casse-têtes
  - marionnettes
  - papier (dessin, construction)
  - ciseaux
  - crayons: bois, cire
  - colle
  - construction (établi, blocs)
  - ballons
  - disques: rythme
    comptines (chantées, parlées)

- jeu de latéralité: quilles
  boules
  anneaux
- miroir
- livres: contes
  images
  lecture
- bingo: formes
  grosseurs
  couleurs
  grandeurs
- plasticine
- caisse
- perles (colliers)
- téléphones
- rimes (jeux)
- instruments de musique
- tourne-disque
- emboîtements
- mosaïques
- cerceaux

- Ergothérapie:
  - ballons d'exercices
  * - grand miroir
  * - tapis
  - rouleaux
  - pentes
  - jeux de manipulation:
    * - marionnettes
    * - plasticine
    - rouleau à pâte adapté
    * - perles à enfiler
    - pochoirs
    * - ciseaux
    * - vis et écroux
    - barils
    - batisco
    - stella
    - planches d'A.X.Q.
  - jeu de perception:
    - mini vériteck
    * - mosaïque
    * - tour gradué
    * - boîtes de formes
    - Kaléidoscope
    * - casse-têtes
    - dominos
    * - loto
    - éducation perceptivo-motrice
    - exercices d'analyse perceptive
      et d'orientation spatiale
    - magnastics

* - blocs
- bulles de savon
- câble (en physiothérapie)
- mousse à barbe
- T.V. musicale
* - petit tourne-disques
* - livres d'histoires

- motricité grossière
  - jeu de poches
  * - ballons
  * - cerceaux
  - hockey
  - ballon balai
  - balançoire
  - glissade
  - petite trempoline
  - "foots steps to numbers"
  - tricycles

- Physiothérapie:
  - matelas d'exercices
  - miroir de maintien
  - barres parallèles
  - rouleaux
  - tricycle
  - cage grillagée
  - escaliers d'exercices
  - poutre d'équilibre
  - marchettes
  - béquilles
  - poids morts
  - carré de sable
  - "medecine Ball"
  - gros ballons d'exercice

Note:* ce matériel est également utilisé dans la classe:

f) Identification des intervenants, spécification des rôles, fréquence de leurs interventions et description des liens fonctionnels.

INTERVENANTS	ROLES	FREQUENCE DES INTERVENTIONS
ENSEIGNANTE	- Responsable de l'intervention pédagogique. - Application de programmes en ergothérapie et en physiothérapie. - Intervention individuelle et de groupe au niveau social.	20 heures / sem.
	- Participation aux rencontres de l'équipe.	3 heures / sem.
	- Communications avec les parents	2 heures / sem.
	- par téléphone	au besoin
	- visite à la maison	(2 jours octobre)
	- visite des parents à l'école	3 avant-midis 2 soirs
	TOTAL:	25 heures / sem.
ERGOTHERAPEUTE	- Evaluation des enfants.	1/6 du temps (1er semestre)
	- Elaboration des plans de traitement.	1/6 du temps (1er semestre)
	- Application des plans de traitement.	22 pér./sem.
	- en individuel	14 pér./sem.
	- en groupe.	4 pér./sem.
	- Confection et adaptation de matériel.	1 pér./sem.
	- Communications avec les parents	
	- téléphones	au besoin
	- visites à domicile	2 jours (octobre)
	- visites des parents à l'école	3 avant-midis 2 soirs
	- Rencontres professionnelles	
	- équipe	3 heures /sem.
	- autres	3 heures /mois
	TOTAL:	35 heures / sem.

PHYSIOTHERAPEUTE	- Evaluation des enfants.	1/6 du temps (1er semestre)
	- Elaboration des plans de traitement.	1/6 du temps (1er semestre
	- Application des plans de traitement:	
	- en individuel	13 pér. / sem.
	- en groupe	4 pér. / sem.
	- Communications avec les parents:	
	- téléphones	au besoin
	- visite à domicile	2 jours (octobre)
	- visite des parents à l'école	3 avant-midis 2 soirs
	- Rencontres professionnelles:	
	- en équipe	3 heures / sem.
	- autres.	3 heures / mois.
	TOTAL:	25 heures / sem.
MONITRICE	- Prise en charge des enfants pendant le dîner.	5 heures / sem.
	- Assurer les besoins hygiéniques des enfants.	au besoin
	- Aide à l'enseignante dans la classe.	15 heures / sem.
PARENTS	-	
	- Mettre en application les conseils fournis par les quatre premières intervenantes.	Dans le cadre de leur vie quotidienne.
	- Participation aux rencontres avec les autres intervenantes:	
	- en groupe	2 rencontres
	- individuelles	3 rencontres

N.B.: Une période équivaut à 45 minutes.

Liens fonctionnels:

Nous répondrons à cette question à partir d'un exemple de ce que peut être une journée normale à l'intérieur du projet. S'agissant d'un exemple cela se veut une représentation théorique des interventions réalisées. Il se peut qu'au gré des besoins quotidiens ou encore des "humeurs" des enfants le programme soit modifié.

Donc l'enfant arrive à l'école le matin, transporté par autobus (majorité) ou dans la voiture des parents (un enfant). La monitrice le reçoit, l'aide à se déshabiller et l'amène dans la classe.

L'enseignante prend alors l'enfant en charge. Diverses activités sont prévues, le plus souvent de type purement académique. Cependant, ces activités plus exigeantes seront remplacées par d'autres plus légères au fil de la journée, ce pour ne pas fatiguer indûment les enfants.

Pendant que l'enseignante, avec l'aide de la monitrice poursuit ses interventions pédagogiques, l'ergothérapeute et/ou la physiothérapeute vient (nent) chercher un ou plusieurs enfant et l' (les) amène (nt) dans leur local respectif pour une période d'intervention rééducative.

Au retour de l'enfant en classe il peut y avoir discussion informelle de la part de l'ergothérapeute et/ou la physiothérapeute avec l'enseignante et la monitrice. Il s'agira par exemple de donner quelques conseils pratiques sur des positions à faire adopter à l'enfant ou encore d'une conversation générale sur l'humeur de tel ou tel enfant et conséquemment de l'attitude à adopter avec lui.

L'enfant revenu dans la classe, l'enseignante peut poursuivre en académique ou encore lui faire vivre des activités conseillées par la physiothérapeute ou l'ergothérapeute. Le reste de l'avant-midi s'écoule ainsi jusqu'au dîner pendant lequel la monitrice est chargée de surveiller et de faire manger les enfants. C'est là l'occasion pour elle d'observer les comportements et surtout d'aider les enfants en corrigeant certaines attitudes ou encore certains mouvements inadéquats (bien tenir un ustensile, etc...).

Dans l'après-midi, le même scénario peut se répéter. Cette façon de procéder est valable pour les quatre premiers jours. Le vendredi, journée qui ne voit aucun enfant venir à l'école, est réservé principalement à trois activités. Dans l'avant-midi, les 4 intervenantes ont l'occasion de se rencontrer pour discuter de la semaine écoulée, souligner certains problèmes et envisager des solutions. En d'autres occasions cette rencontre sera consacrée à la recherche. En compagnie du chercheur l'équipe participera alors à l'élaboration et à la critique de la démarche de recherche.

Dans l'après-midi, chacune des intervenantes pourra être appelée à consigner certaines données, rédiger certains rapports ou encore faire certains contacts auprès d'autres personnes ressources (consultation ou demande d'intervention dans le cas de tel ou tel enfant).

Enfin un certain temps peut être utilisé pour des contacts (téléphoniques ou autres) avec les parents.

Rappelons toutefois que certaines de ces interventions (par ex.: les contacts téléphoniques) peuvent se dérouler à un autre moment de la semaine, au gré des besoins.

g) Assiette-horaire

Dans un premier tableau nous présenterons le nombre de périodes passées par chacun des enfants dans les trois secteurs d'intervention puis un second tableau fournira l'horaire quotidien.

SUJET	CLASSE GROUPE	PHYSIO INDIV.	ERGO INDIV.	PHYSIO ERGO GROUPE	TOTAL
A	11	2	2	0	15
B	23	0	2	1	26
C	17	0	1	2	20
D	10	1	2	2	15
E	14	2	2	2	20
F	6	2	2	0	10
G	14	3	1	2	20
H	11	2	2	0	15
I	2	2	2	0	6

N. de jours/semaine de présence à l'école:

A: 3 jours/sem.
B: 5 jours/sem.
C: 4 jours/sem.
D: 3 jours/sem.
E: 4 jours/sem.
F: 2 jours/sem.
G: 4 jours/sem.
H: 3 jours/sem.
I: 2 demies-journées/sem.

La cinquième colonne correspond au nombre de périodes passées par chaque enfant dans le cadre d'une intervention de groupe menée par la physitohérapeute et l'ergothérapeute.

Le nombre variable de présences à l'école s'explique principalement par le fait que pour certains enfants quatre journées seraient une trop forte exigence. Ceux-ci ont en effet un taux de "fatiguabilité" plutôt élevé.

Les intervenantes émettent l'opinion que deux périodes en physiothérapie et deux autres en ergothérapie devraient constituer un minimum. Si l'on compte les périodes en groupe, chaque enfant reçoit ce minimum. Certains cependant ne sont vus qu'une fois en individuel. Cela peut s'expliquer par la nature du problème ou encore par le fait que l'enfant a atteint un certain plafond. C'est le cas notamment du sujet D qui n'est vu qu'une fois par la physiothérapeute en individuel.

Par contre le sujet C bénéficie de trois périodes de physiothérapie. Cela s'explique par la nécessité qu'il y a d'intervenir rapidement auprès de cet enfant dont la maladie évolue rapidement elle-aussi.

Quant au sujet B, sa présence à l'école à raison de cinq (5) jours/semaine s'explique par le fait qu'il a quitté la classe du projet en début d'année pour être intégré à une autre classe de l'école Jean Dequen vu son âge plutôt avancé (6 ans) par rapport aux autres. Cependant il continue de suivre un programme grandement basé sur le niveau maternelle.

Le second tableau, lui, fournit la répartition des sujets par secteur d'activité et pour chaque jour de la semaine. Il apparaît à la page suivante.

REPARTITION DES SUJETS PAR SECTEUR D'ACTIVITE POUR CHAQUE JOUR DE LA SEMAINE

			LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI
A.M	1	A	4	5	5	4
		P	1	1	1	0
		E	1	1	1	2
		PE	0	0	0	0
	2	A	3	6	5	3
		P	0	1	1	1
		E	0	1	1	1
		PE	5	0	0	0
	3	A	3	5	5	3
		P	0	1	1	1
		E	0	1	1	1
		PE	5			
P.M	4	A	5	4	7 chants avec toute l'école	0
		P	1	1	0	0
		E	1	1	0 dans une autre école avec 1 enfant	0
		PE	0	0	0	5
	5	A	4	4	5	0
		P	1	1	1	0
		E	1	1	1	0
		PE	0	0	0	5

Note: Les chiffres correspondent aux périodes de la journée à l'école

Symboles: A: Académique P: Physiothérapie E: Ergothérapie
PE: Physiothérapie et Ergothérapie en groupe.

h) Facteurs géographiques:

L'école Jean Deguen est située en milieu urbain (Alma). Le territoire desservi allait officiellement jusqu'à Chibougamau (urbain et rural), mais dans les faits, la distance couverte est d'environ 75 km entre St-Augustin et Desbiens, en passant par Alma.

Le transport des enfants s'effectue par autobus. Dans le cas de l'enfant provenant de St-Augustin, celui-ci est transporté par sa mère en auto, le coût du transport étant défrayé conjointement par la commission scolaire, l'association régionale de paralysie cérébrale et le conseil des services sociaux.

i) Ententes de services avec le Ministère des Affaires Sociales:

Une entente non signée est intervenue entre la Commission scolaire et l'Hôtel-Dieu D'Alma selon laquelle l'Hôtel-Dieu défraie une partie du salaire de la physiothérapeute jusqu'à concurrence de 25 heures par semaine. Les autres dix (10) heures étant payées par la Commission scolaire.

j) Problématique organisationnelle:

Elle se définit par le désir de la Commission scolaire régionale du Lac St-Jean de diversifier son rôle auprès de l'enfant handicapé physique, ne voulant plus être strictement une dispensatrice d'enseignement mais intervenant également sur toutes les dimensions de cet enfant: physique, santé, famille social, etc... Cela en maintenant , bien sûr, la dimension académique.

De plus l'éloignement de la région desservie par la commission scolaire par rapport aux grands centres occasionne une rareté des ressources, non seulement en équipement mais aussi, et surtout des personnes susceptibles de favoriser le développement optimal de la clientèle concernée.

Enfin, et c'est peut-être là l'aspect le plus important, les handicaps rencontrés chez ces jeunes enfants nécessitent une intervention précoce. Il faut donc leur fournir des ressources spécialisées en même temps efficaces, ce de la manière la plus rationnelle qui soit possible.

k) Objectifs organisationnels:

1) Se servir de l'école comme lieu de rassemblement des jeunes handicapés physiques et comme lieu de coordination d'interventions précoces.

2) Utiliser efficacement les ressources déjà existantes en offrant des services à la clientèle des 4-6 ans handicapés physiques.

3) Diversifier le plus possible le personnel affecté aux mieux-vivre de l'enfant dans et hors le milieu scolaire.

4) Favoriser l'implication de ressources para-médicales par l'engagement, entres autres, d'une ergothérapeute et d'une physiothérapeute.

4.2 Planification de la recherche:

1. Objectifs:

Général: Evaluer l'impact d'une intervention d'une enseignante, d'une ergothérapeute, d'une physiothérapeute et d'une monitrice auprès de jeunes enfants handicapés physiques entre quatre (4) et six (6) ans.

Particuliers:

a) Décrire le mode de fonctionnement de l'équipe.

b) Evaluer l'impact de cette intervention auprès des enfants aux niveaux:

- académique
- social
- moteur
- du langage
- perceptuel
- du comportement à la tâche
- de l'autonomie

c) Décrire le mode d'intervention indirecte de deux professionnelles (ergothérapeute et physiothérapeute) auprès de l'enseignante et des parents.

d) Evaluer la satisfaction des parents par rapport à l'intervention.

2. Etapes de réalisation:

a) Formulation des objectifs de recherche (sept. 1980).

b) Elaboration des instruments d'évaluation (oct. 1980).

c) Application, en pré-test, de la grille d'évaluation (déc. 1980).

d) Analyse des résultats du pré-test (janv. 1981).

e) Cueillette d'informations sur le fonctionnement de l'équipe et l'intervention menée auprès des parents (janvier 19810.

f) Rédaction du rapport d'étape (janvier 1981).

g) Application de la grille d'observation en classe (février 1981).

h) Mise-à-jour des informations (février-mars 1981).

i) Application, en post-test, de la grille d'observation (fin avril 1981).

j) Application de la grille d'observation en classe fin avril 1981).

k) Passation du questionnaire de satisfaction aux parents (avril 1981).

l) Analyse préliminaire (mai 1981).

m) Discussions avec l'équipe (juin 1981).

n) Rédaction du rapport final (juin 1981).

4.3 Hypothèses posées s'il y a lieu:

4.4 Elaboration du modèle d'intervention:

1. Problématique de la population cible:

Une des caractéristiques générales permettant de définir cette population cible réside dans le fait qu'elle habite une région éloignée des grands centres. Or la nature des handicaps décelés chez elle nécessite une intervention précoce. Cela nécessite donc l'implication de ressources (équipement et personnes) que les disponibilités régionales ne permettent pas toujours.

Marginalisés par l'éloignement régional, ces enfants le sont également à d'autres niveaux. Pour appuyer cette affirmation nous voudrions reprendre un passage du rapport final d'août 1980 en ajoutant quelques exemples.

Nous ne parlons par ici de marginalité mais bien de marginalisation faisant ainsi référence à un processus enclanché dès la découverte de l'handicap et rendu de plus en plus aigu avec les années.

Il ne s'agit pas seulement de constater l'handicap moteur de l'enfant puis de tenter de le réduire au maximum mais plutôt d'envisager le problème sous l'angle du développement optimal de la personne car l'handicap moteur entraîne chez celui ou celle qui en est atteint une série de conséquences d'ordres physique, perceptuel, social, familial et affectif.

Par exemple leurs besoins physiques se traduisent dans la nécessité de vaincre certaines barrières architecturales

(escaliers, surfaces accidentées, etc...), dans celle d'intégrer l'idée de mouvement (ramper, sauter, se tourner, compenser par transfert de poids, etc...) ainsi que de découvrir par eux-mêmes ou avec l'aide de leur entourage des moyens de compensation susceptibles de faciliter leur vie quotidienne.

Leur capacité d'apprentissage se trouve, elle-aussi, limitée par leur handicap. Ainsi pour écrire l'enfant doit au moins pouvoir tenir un crayon adéquatement, avoir un bon mouvement de la main et du bras, pouvoir fixer ses yeux sur sa feuille, etc... Au même titre que des enfants dits normaux les handicapés physiques doivent pouvoir suivre leur cheminement scolaire le plus normalement possible. un (e) enseignant (e), laissé (e) à lui (elle)-même sans appui de spécialistes de l'intervention physique, ne peut donc espérer, malgré toute sa compétence et sa bonne volonté, voir à tout en même temps (académique, social, physique, etc...).

De plus ces enfants doivent apprendre, dès le jeune âge, à respecter les contraintes et les conventions sociales. Par exemple ils doivent s'exercer à la propreté, s'alimenter et s'habiller adéquatement, compte-tenu évidemment des limites imposées par l'handicap.

Enfin les besoins familiaux sont également importants. Le jeune handicapé, pleinement dépendant de ses parents, exige d'eux attention et protection d'une part et participation active à son propre développement d'autre part.

Or, dans la grande majorité des cas,les parents sont mal préparés à assumer ces responsabilités. Démunis, souvent surprotecteurs, ils sont portés quelquefois à manquer

de réalisme. Ils sont de plus mal outillés tant du point de vue des connaissances techniques que psychologiques. Quant à l'équipement dont ils disposent, il est le plus souvent inadéquat ou plus simplement inexistant.

Il est donc nécessaire, pour le bien de l'enfant, d'intervenir auprès des parents afin qu'ils deviennent des intervenants bien outillés et compétents mais également pour qu'ils se sentent appuyés et aidés. Un appui technique certes mais moral également.

Un concept nous semble résumer assez bien ce que nous venons de dire. Un enfant handicapé physique, manifestant des besoins multi-dimensionnels, nécessite une intervention multi-dimensionnelle.

2. Les objectifs de l'intervention:

Les objectifs de l'intervention sont liés aux problèmes décelés chez chacun des sujets. Leur formulation repose donc sur l'évaluation réalisée par les intervenantes au cours du premier semestre et recouvre tant l'aspect rééducatif, éducatif que social.

Au niveau des enfants

1. Motricité: stimuler le développement moteur normal.

   a) Amener l'enfant à utiliser les membres supérieurs et inférieurs le plus efficacement possible.

   b) Amener l'enfant à se déplacer avec ou sans appareil (dépendemment de son handicap).

   c) Amener l'enfant à utiliser les membres dans des activités de motricité de plus en plus fine:

      1) jouer avec un ballon
      2) enfiler des perles
      3) utiliser un crayon

   ce dans de bons patrons de mouvement.

2. Autonomie (dépendant du handicap):

a) Amener l'enfant à se laver seul.

b) Amener l'enfant à se servir du cabinet seul.

c) Amener l'enfant à s'alimenter seul.

d) Amerner l'enfant à s'habiller seul.

e) Amener l'enfant à utiliser certains appareils (ex.: prothèses, orthèses, etc...).

3. Niveau perceptuel: Amener l'enfant à acquérir une meilleure perception visuelle.

a) Amener l'enfant à discriminer les couleurs, les formes, les grandeurs.

b) Amener l'enfant à associer les couleurs, les formes, les grandeurs.

c) Amener l'enfant à reproduire les couleurs, les formes, les grandeurs.

d) Amener l'enfant à nommer les couleurs, les formes. les grandeurs.

e) Amener l'enfant à acquérir les notions de temps et d'espace.

4. Schéma corporel:

a) Amener l'enfant à identifier les principales parties de son corps.

b) Favoriser chez l'enfant le développement de la conscience du corps.

c) Favoriser la latéralisation: discrimination gauche-droite, croisement de la ligne médiane.

5. Langage:

   - Amener l'enfant à développer un bon langage (prononciation, expression).

6. Comportement face à la tâche:

   - Améliorer chez l'enfant le taux de persévérance face à la tâche (concentration, tolérance à la frustration, indépendance, constructivité).

Au niveau des parents

1. Au niveau du groupe (soirées-rencontres):

   a) Les informer sur l'orientation générale du projet.

   b) Les informer sur le rôle de chaque intervenante.

   c) Les informer sur les disponibilités des intervenantes.

   d) Leur faire visiter les locaux recevant leurs enfants.

   e) Répondre à leurs questions.

2. Au niveau individuel:

   - A domicile:

     a) Connaître le milieu physique de l'enfant.

     b) Fournir un programme d'intervention à domicile.

     c) Suggérer certains aménagements pouvant faciliter la vie de l'enfant à la maison.

- A l'école (visites des parents):

a) Informer les parents sur le niveau de fonctionnement de leur enfant (académique, social, physique).

b) Informer le parent sur la nature et les implications de l'handicap de l'enfant.

c) Informer les parents sur les services offerts dans la région et hors de la région.

d) Appuyer les parents dans leurs démarches.

3. La Description du type d'intervention adoptée:

Les moyens d'intervention mis en place sont en fait liés aux objectifs. Dans leur essence donc ils recouvrent l'ensemble des trois grands secteurs: éducatif, rééducatif et social tout en voulant faciliter l'acquisition par les enfants de comportements présentés plus haut.

De façon générale chaque intervenante est la première responsable dans son secteur respectif ce qui, toutefois, n'empêche aucunement une double, triple et même quadruple intervention. Au gré des besoins identifiés donc, l'intervention pourra être menée conjointement ou individuellement, ce au niveau d'un, de deux, trois enfants jusqu'à viser le groupe comme un tout.

Au plan éducatif:

Comme nous l'avons mentionné, l'enseignante privilégie le plus souvent une approche individuelle sans exclure un certain travail au niveau du groupe puisqu'elle ne reçoit pas les élèves individuellement mais bien

quatre, cinq et même six ou sept à la fois.

C'est avant tout dans une relation affective positive qu'elle cherche à faciliter les apprentissages de l'élève. S'aidant des personnes gravitant autour des enfants ou encore des enfants les uns par rapport aux autres, elle crée une dynamique susceptible d'amener le jeune handicapé à mieux se situer personnellement et socialement.

Ce n'est qu'une fois ce bon climat établi qu'elle peut passer aux apprentissages proprement dits. Ainsi chacun des enfants s'est vu fixé un certain programme suite aux évaluations du début d'année, ce programme individuel s'insérant dans un programme général susceptible d'être vécu par tous les enfants, chacun à son rythme évidemment.

En cela l'enseignante reste sensible aux limites de l'enfant. Ainsi les activités ont été planifiées de telle sorte que l'avant-midi sera consacrée le plus souvent à des activités plus exigeantes alors que l'après-midi une place plus grande sera faite aux jeux, aux arts, bref à une certaine forme de détente.

Parmi ces deux types d'activités notons celles du pré-calcul, de la pré-lecture, des sciences, du coloriage, bricolage et découpage, celles nécessitant de l'attention, du rythme, du raisonnement, de l'audition, des jeux de formes, de couleurs et de grandeurs (à l'aide de casse-têtes), des exercices de perception visuelle, d'autres nécessitant des notions d'espace/temps. Des chants ou encore une émission éducative qu'on regarde à chaque jour permettront d'animer et d'égayer l'atmosphère, enlevant

une certaine lourdeur aux interventions. Enfin des exercices portant sur le schéma corporel faciliteront chez les enfants la connaissance de leur corps. C'est là un des aspects qui permet à l'enseignante de raccrocher son intervention à celle pratiquée par l'ergothérapeute et la physiothérapeute.

Support à l'enseignante

Etant donné que le groupe n'est pas homogène, il est impossible d'avoir une activité commune à tout le groupe (pré-maternelle, maternelle et pré-académique). c'est à ce moment que la monitrice intervient pour diriger une activité adaptée à un enfant ou à un petit groupe. Ces activités sont suggérées par le professeur et souvent on se réfère au programme à domicile de l'ergothérapeute.

Etant donné aussi que nous avons dans le groupe 3 cas où le niveau de fonctionnement moteur est très bas, la présence de la monitrice s'avère essentielle.

Comme intervenante directe

Comme parfois le nombre des enfants s'élève jusqu'à six, la monitrice a un rôle d'observatrice tout comme l'enseignante. Elle observe les attitudes des enfants dans la classe et hors de la classe. Comme sur les heures du dîner et aux récréations, la monitrice est la seule personne du groupe à côtoyer les enfants, elle devient alors la personne ressource du projet afin d'observer, de guider les interventions des jeunes.

Entraînement aux activités de la vie quotidienne

La monitrice s'occupe des soins d'hygiène comme l'entraînement à la propreté, le comportement à la table (ex.: utilisation adéquate des ustensiles). Elle participe également à l'entraînement à l'habillement.

Au plan rééducatif:

Cet aspect de l'intervention relève avant tout de la physiothérapeute et de l'ergothérapeute.

De par sa fonction la première pratique des interventions strictement physiques, touchant de façon indirecte les autres dimensions de l'enfant. Il s'agit donc pour elle d'intervenir de manière rééducative en traitant un ou des membres atteints, en corrigeant de mauvaises positions ou de mauvais mouvements, de manière préventive en cherchant à éviter que la régression soit trop rapide selon l'handicap ou encore de manière éducative en enseignant à l'enfant les bons mouvements et les bons positionnements.

Pour appuyer ses interventions elle dispose de certains équipements et appareils (la liste a été fournie précédemment) qu'elle peut utiliser dans le cadre de plans de traitement qu'elle aura préparés pour chacun des enfants.

Le plus souvent elle reçoit les enfants en individuel ce qui n'interdit pas des interventions de groupe en compagnie de l'ergothérapeute. Ces interventions se déroulent chaque jeudi après-midi et regroupent cinq des neuf enfants. Cette façon de procéder se justifie d'une part par le fait que cela est plus stimulant pour les enfants et d'autre part que les inter-

venantes sauvent ainsi trois périodes qu'elles peuvent consacrer à des interventions supplémentaires.

L'ergothérapeute, quant à elle, en plus d'intervenir auprès de ce groupe de cinq enfants, reçoit elle aussi tous les enfants en individuel. A l'instar de la physiothérapeute elle intervient au niveau physique (motricité fine par rapport à motricité grossière pour l'autre) mais déborde ce cadre pour envisager d'autres aspects comme l'aspect perceptuel et l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. Pour ce faire elle a, tout comme sa consoeur, établi des programmes individuels. De plus elle utilise certains équipements comme les jeux pour favoriser les apprentissages.

De par son champ d'intervention, elle se rapproche de l'enseignante qu'elle est appelée à conseiller dans certains exercices ou activités à faire vivre aux enfants.

Au plan social:

Cet aspect trouve son expression à deux niveaux. Le premier concerne le rôle joué par la monitrice à l'école. On le sait celle-ci doit, entre autre, s'occuper des enfants pendant l'heure du dîner, les récréations et pour les soins d'hygiène. C'est donc à elle que revient la responsabilité de faciliter l'acquisition de certains comportements concernant l'hygiène, la propreté, l'habillement, l'alimentation, etc... Ainsi doit-elle non seulement fournir des informations aux autres membres de l'équipe mais surtout mettre en application les conseils pratiques que celles-ci lui fournissent. Bref si ses interventions se situent dans un cadre autre qu'essentiellement pédagogique et rééducatif, elle fait néanmoins oeuvre d'éducatrice pouvant ainsi englober les deux autres

dimensions. Cela exige donc de sa part une bonne connaissance des enfants et surtout une bonne maîtrise de l'approche éducative.

L'autre niveau est celui de l'intervention pratiquée auprès des parents. L'équipe est consciente de l'importance d'intervenir dans l'environnement familial de l'enfant. Celui-ci y passe en effet la majorité de son temps. Il est donc soumis à tous les évènements qui s'y déroulent et dépend grandement de sa famille, en particulier des parents. Ceux-ci sont donc non seulement objets des interventions pratiquées par l'équipe mais également intervenants potentiels auprès de leurs enfants.

Les interventions menées auprès des parents empruntent trois formes cette année. Comme la majorité des enfants faisaient déjà partie du projet l'an dernier, les intervenants ont tablé sur les programmes à domicile qui avaient déjà été proposés de sorte que le tout s'est poursuivi moyennant quelques réaménagements. Les responsables ont fait reposer leur choix entre autre sur le fait que l'évaluation du début d'année avait fait ressortir le peu de continuité manifestée par les parents durant l'été.

En plus du programme à domicile de l'année dernière, un certain nombre de conseils ont été fournis aux parents dans l'application des traitements et programmes pédagogiques.

Enfin, troisième moyen, des contacts fréquents se sont déroulés au cours du premier semestre. Les parents ont d'abord été invités à une soirée-rencontre avec les intervenantes, ce à la mi-octobre . Puis à la fin d'octobre, une tournée de chaque famille s'est déroulée sur deux jours. Ensuite une rencontre générale de tous les

parents a permis une nouvelle visite des parents à l'école. Celle-ci a été suivie d'une autre visite pour la remise des bulletins à la fin du semestre. Enfin, et surtout, chaque parent a pu, au cours de trois avant-midis, venir visiter chacune des intervenantes, visiter leur local respectif, les oberver pendant leur travail, poser des questions. Tout cela a été réalisé dans le but d'informer, sensibiliser et impliquer les parents.

4.5 Evaluation du modèle d'intervention et d'organisation:

a) Moyens d'évaluation:

Nous avons utilisé un seul et unique instrument aux fins de la recherche. Cela n'a pas empêché les intervenantes d'utiliser leurs propres instruments pour compiler certaines données.

Il s'agit d'une grille d'évaluation regroupant l'ensemble des comportements susceptibles de faciliter le fonctionnement normal de l'enfant. Le lecteur peut consulter la copie de cet instrument à l'annexe II. Ces comportements sont regroupés sous quelques grands thèmes allant de la motricité à la socialisation en passant par l'aspect perceptuel, le langage, l'autonomie et le comportement à la tâche.

Chacun des items était évalué selon le code suivant: 2 points pour un comportement acquis, 1 point pour un partiellement acquis et 0 pour une absence du comportement exigé.

b) Méthode d'analyse:

Nous avons réalisé une évaluation au cours du premier semestre et une seconde à la fin de l'année. C'est donc dire que l'analyse portera sur une comparaison entre deux points de repère précis.

De plus les résultats seront présentés sous forme de présentation de cas individuels, la nature des problèmes rencontrés chez ces enfants permettant difficilement de faire des remarques générales qui ne signifieraient rien en fait.

Les données sont rassemblées sous forme de tableaux et de graphiques et peuvent être consultées à l'annexe III.

Après l'analyse de ces données nous ferons quelques remarques sur l'intervention et l'organisation.

c) Présentation des résultats:

1. Les sujets de l'expérience:

D'après les données recueillies il semble que le sujet A ait montré une certaine stabilité au niveau de la motricité Néanmoins, dans l'ensemble, on note une légère progression. Une certaine régression au niveau de l'utilisation des béquilles comme auxiliaires à la marche semble avoir été compensée par un certain progrès au niveau de la motricité grossière et de la maîtrise dans les activités de manipulation.

Sur le plan perceptuel on note de bons progrès en particulier au niveau de la maîtrise du temps ainsi que du schémacorporel en général. Il se manifestait en fin d'année un début de conscience du corps. Déjà bien pourvu en début d'année, l'élève a maintenu ses acquisitions au niveau de la perception des couleurs, des formes, des grandeurs et de l'espace. Tout cela se traduit par un léger progrès dans l'ensemble.

Cet enfant ne semblait avoir rencontrer aucun problème sérieux au plan du langage expressif et l'intervention lui aura permis de réaliser un léger progrès.

C'est sans doute au niveau de l'autonomie que le sujet A s'est le plus amélioré, sauf peut-être au niveau de l'alimentation où il semble s'être maintenu, sans plus.

Les deux aspects suivants (comportement à la tâche et socialisation) ont connu eux-aussi des améliorations notables. Une concentration meilleure ainsi qu'une persévérance plus importante lui ont permis d'améliorer son rendement au travail. De plus ses contacts avec l'adulte et les enfants semblent plus positifs. Cependant il doit être rappelé à l'ordre souvent. Il requiert encore beaucoup de stimulation.

C'est un enfant qui a un comportement fluctuant souvent dû au fait que la médication-épileptique qu'il reçoit est difficile à ajuster.

Le sujet B, quant à lui, semble avoir réalisé de légers progrès en cours d'année.

Sur le plan de la motricité d'abord on note une tendance à la stabilité. Cependant, sauf pour le relâchement, le rendement est faible, atteignant à peine les 50% d'efficacité.

Ce n'est cependant pas le cas de l'aspect perceptuel où l'on remarque de bons progrès. Il y avait néanmoins des habiletés déjà présentes au moment de la première évaluation. Un seul élément fait véritablement problème et c'est la maîtrise du temps.

Autre signe encourageant, le langage expressif ne semblait plus faire problème à la fin de l'année,

contrairement à l'aspect autonomie qui demeure plutôt fluctuante. Bien qu'il ait réalisé des progrès il rencontre encore des difficultés, particulièrement au niveau de l'habillement.

On note enfin un progrès important au niveau de la tâche (environ 40%) tandis que la socialisation s'est légèrement améliorée.

Le sujet C, comparé à d'autres enfants du projet, semblait déjà assez bien doté; ce qui n'a pas empêché la présence de lacunes importantes.

Dans un premier temps, la motricité semble adéquate (autour de 80% d'efficacité). Malgré cela on peut noter certains progrès au niveau de l'espace, seule la conscience du temps demeure faible.

Même phénomène au plan du langage expressif qui s'est grandement amélioré. Malgré un problème de prononciation qui persiste, il arrive à s'exprimer de façon plus intelligible. Cela le sécurise et le valorise.

Son autonomie est plus adéquate. Il prend plus d'initiatives et cherche moins à copier les attitudes des autres. Il s'affirme plus et se défend mieux.

Nettement déficient en début d'année, son comportement à la tâche est maintenant plus acceptable.

Les comportements de socialisation sont plutôt satisfaisants quoique stables.

Il demeure encore dépendant de la mère et parle du père de façon négative. Cependant il le verbalise

maintenant, ce qu'il ne faisait pas auparavant.

La stimulation de ces comportements doit être constante afin d'en maintenir l'existence et de favoriser l'acquisition de nouveaux lui permettant d'acquérir une plus grande autonomie, tant au niveau dégagement corporel, affirmation de soi et confiance en soi.

Selon les données recueillies le sujet D connaît de nombreuses difficultés.

Tout d'abord il semble posséder une motricité plutôt réduite ayant connu une certaine régression même se traduisant dans une proportion d'environ 10%. Il faut cependant préciser que cet enfant a été absent de la fin février à la fin avril puis à partir de la mi-mai, réduisant d'autant les chances de progrès.

Du côté perceptuel le rendement a semblé varier d'un item à l'autre. Entre autres la conscience du corps est très faible. Néanmoins le positif l'emporte sur le négatif pour se traduire en un certain progrès dans l'ensemble.

Un langage expressif déjà bien développé s'est quand même amélioré de façon sensible.

L'autonomie est par contre nettement déficiente alors qu'on peut noter une légère régression au niveau du comportement à la tâche, de même d'ailleurs qu'au chapitre de la socialisation.

Globalement cela résulte en un très léger progrès.

Le portrait tracé par les intervenantes peut se formuler ainsi: un enfant immature, très gâté et qui tolère mal la frustration. Souvent passif, il prend peu d'initiatives et est peu débrouillard. Peu persévérant dans les activités, il a besoin d'être constamment stimulé et gratifié. Il manipule souvent son environnement en faisant dévier les conversations lorsque l'activité devient plus difficile. Sa relation avec les autres enfants est très difficile alors qu'il est très accaparant pour l'adulte. Il s'agit d'une enfant avec un fort potentiel intellectuel mais celui-ci est non exploité à cause de comportements inadéquats.

Le rendement général de l'enfant E est nettement élevé. Ainsi au niveau de la motricité, seule l'utilisation des membres supérieurs était nettement plus problématique en début-d'année. Il y a eu là un net progrès.

L'aspect perceptuel semble s'être stabilisé à un certain niveau mais néanmoins à la hausse.

Le langage expressif présente finalement assez peu de problèmes alors que le sujet manifeste maintenant beaucoup plus d'autonomie, du moins à l'école. Elle a même réussi en cours d'année à prendre son programme à domicile en main. Elle intègre à son quotidien les conseils qui lui sont donnés (ex.: porter son attelle). Cependant, aux dires des intervenantes, l'enfant semble très dépendanteet peu autonome en présence de sa mère.

Le comportement face à la tâche recèle de très légers progrès pendant que la socialisation semble être l'aspect le plus amélioré, du moins selon les

données fournies. Il faut nuancer ces résultats en précisant que la relation de l'enfant avec ses pairs est bonne mais que le sujet E semble très sélective dans le choix de ses amis. Elle joue un rôle de leader qui tend à lui faire rejeter les "faibles". Avec l'adulte elle parle beaucoup et vient souvent rapporter les gestes qui ne lui plaisent pas chez les autres enfants.

Le sujet F, quant à lui, paraît nettement désavantagé. La motricité grossière est déficiente alors que le retard psycho-moteur est très important.

Bien que déficient lui-aussi l'aspect perceptuel semble présenter plus de possibilités. Une certaine progression s'observe. En effet sauf au niveau de l'espace et du schéma corporel alors que la conscience du corps est nulle.

L'aphasie fait évidemment en sorte que le langage expressif est nettement lacunaire.

Même si l'autonomie est nulle, face à la tâche il fournit beaucoup d'efforts dans les activités et tolère bien la frustration. Il est, de plus, toujours content de travailler en individuel avec l'adulte.

La socialisation semble avoir souffert cependant. Il s'agit d'un enfant surprotégé par le milieu familial. Très manipulateur il ajuste souvent son comportement selon les réactions de l'adulte. Malgré tout il est content d'être dans un milieu d'enfants.

Aux dires des intervenantes le sujet G est un enfant qui a eu un fort taux d'absentiisme cette année,

souvent non justifié. Il demeure d'ailleurs indifférent à cette situation.

Néanmoins les éducatrices ont noté des progrès importants. Ainsi, en début d'année scolaire, l'enfant semblait très révolté manifestait beaucoup d'agressivité, prenait plaisir à s'attaquer aux autres enfants et ne coopérait pas avec l'adulte. Maintenant le comportement est quasi sans reproche. La relation avec l'adulte et les autres enfants est adéquate.

Au plan physique il y a une légère régression dont la cause pourrait être recherchée du côté de l'absentéisme évoqué plus haut. Par contre l'aspect perceptuel a connu une bonne amélioration sauf au niveau de la maîtrise des couleurs et du temps.

Ailleurs on retrouve une certaine stabilité quant au langage expressif alors que l'autonomie ne fait plus problème maintenant. Soulignons au passage de très forts progrès concernant le comportement à la tâche de même que sur l'aspect socialisation confirmant ainsi les remarques des intervenantes.

Dans l'ensemble la progression se chiffre dans une proportion d'environ 13 ou 14%.

La nature du handicap profond du sujet H explique les nombreux problèmes rencontrés chez-elle.

Une motricité très déficiente d'abord. Toutefois on y remarque aucune régression. Elle a même réalisé un léger progrès.

Grâce à une conscience du corps de beaucoup meilleure en fin d'année, l'aspect perceptuel a connu une

progression marquée.

Si le langage expressif demeure stable bien que peu développé, l'autonomie est d'autant limitée que le handicap est sévère. A l'instar du langage le comportement à la tâche est demeuré stable, sans plus; phénomène semblable d'ailleurs au niveau de la socialisation.

Cette année l'enfant a pris conscience de l'ampleur de son handicap. A certaines périodes elle devenait même dépressive et refusait de collaborer.

Au travail elle peut fournir de bons efforts mais se laisse facilement distraire. Très inconstante elle a besoin qu'on la ramène à l'ordre et alors elle fonctionne bien.

Enfin elle aime être entourée d'enfants et préfère les activités non structurées.

Reste le sujet I chez qui le bilan est positif cette année.

Bien sûr la motricité est encore hypothéquée car seuls la marche avec un déambulater et le relâchement semblent maintenant satisfaisants. Toutefois, il n'y a pas de régression. Bref, l'ensemble nous amène à conclure qu'il y a eu progrès.

Malgré des résultats semblables au niveau perceptuel, certains aspects restent faibles; entres autres la conscience du temps et de l'espace ainsi que la conscience du corps.

Il faut se porter au niveau du langage si l'on

veut constater les meilleurs résultats. Par contre l'autonomie paraît fluctuante sauf pour l'alimentation.

Quant au comportement à la tâche de même que la socialisation, voilà deux aspects qui se sont un peu améliorés compte-tenu des grandes faiblesses qu'on y retrouvait au début de l'année. Il demeure cependant un enfant très têtu qui s'obstine souvent dans le négativisme. Réquerrant beaucoup de stimulation, il a peur d'investir dans des éléments nouveaux. Il a de plus, besoin de beaucoup de fermeté due à la propension qu'il a à manipuler l'adulte. Cependant la relation avec les autres enfants s'est de beaucoup améliorée, tant sur le plan individuel que collectif.

2. L'attitude des parents

Beaucoup des problèmes identifiés plus haut ainsi que l'importance des progrès réalisés peuvent trouver leur origine dans l'attitude des parents. C'est pourquoi les intervenantes ont cru bon d'inclure au niveau des résultats quelques commentaires à ce sujet. Précisons immédiatement que le cas du sujet B n'a pas été abordé compte-tenu qu'il ne faisait pas partie de la classe de l'enseignante impliquée dans le projet. La situation des autres est à peu près la suivante.

Le sujet A d'abord, dont la mère est maintenant beaucoup plus positive face à l'enfant et à l'école. Elle semble plus réceptive aux conseils des intervenantes et plus ferme avec son enfant. Le père s'occupe beaucoup de l'enfant et les attitudes qu'il manifeste semblent identiques à celle de son épouse en ce qui regarde l'éducation de l'enfant.

Chez les parents du sujet C les attitudes se sont beaucoup améliorées mais restent encore à être améliorées. Le programme à domicile est fait à la maison mais n'est pas appliqué au quotidien. L'enfant reste encore très dépendant de sa mère mais parle de son père en termes négatifs.

Le sujet D a été opéré à la fin de février. Absent de l'école environ deux mois il est revenu comme il était au début de l'année: gâté, non persévérant, pleurnichard. Pendant cette absence, il y a eu peu de suivi à la maison de la part des parents qui ont peur de frustrer l'enfant. Ils adoptent donc une attitude surprotectrice. Les conseil fournis ne sont appliqués que lorsque cela fait l'affaire. Ils sont souvent interprétés selon les circonstances.

Chez les parents du sujet E, on note un certain irréalisme qui ne leurs fait pas voir l'enfant comme handicapé. Une mère très surprotectrice et un père très effacé qui ne participent que très peu aux interventions de l'équipe-école. L'amélioration notée est d'ailleurs due au fait que l'enfant s'est elle-même prise en main en s'affirmant face au groupe et en faisant d'elle-même son programme de renforcement en physiothérapie.

Malgré plusieurs interventions faites auprès de la mère et de la famille du sujet F, les intervenantes ont noté peu de changement dans les attitudes. L'enfant fait encore ce qu'il veut à la maison et ce malgré le fait qu'il ne parle pas et ne se déplace pas seul. Les parents ne mettent pas en pratique les conseils donnés tout en adoptant des attitudes néfastes pour l'enfant et en manifestant de l'inconséquence dans leurs actes. Toute la famille gâte l'enfant.

L'enfant a d'ailleurs fait peu de progrès dû au fait qu'il adopte la même attitude que la famille c'est-à-dire qu'il n'écoute pas quand on lui parle et qu'il manque de sommeil (coucher trop tardif).

Les parents du sujet G, quant à eux, sont peu impliqués face à l'intervention de l'équipe. Un taux d'absentéisme très élevé de la part de l'enfant, le fait qu'il soit laissé à lui-même à la maison et que le programme à domicile ne soit pas fait à la maison sont des facteurs hypothéquant les progrès que l'enfant aurait pu réaliser. Les parents se fient beaucoup aux interventions réalisées à l'école alors que l'enfant ne tient pas à ce que la famille s'implique. Ainsi quand le père vient le chercher à l'école l'enfant le rejoint à toute vitesse sans qu'il puisse parler aux intervenantes.

L'attitude des parents du sujet H est plus encourageante. Ils s'impliquent beaucoup face aux interventions de l'équipe en participant aux réunions de parents. Ils parlent peu et demandent peu mais sont très réceptifs. Ainsi ils appliquent les conseils reçus. Ils offrent donc une très bonne collaboration en général.

Des progrès importants ont également été notés chez les parents du sujet I. L'amélioration de leur attitude a influencé positivement le rendement de l'enfant avec qui ils sont plus fermes ce que les intervenantes désiraient d'obtenir de leur part. Si la mère est très impliquée, il semble que le père le soit beaucoup moins quoiqu'il adopte une attitude positive envers l'enfant. La mère tente d'ailleurs de l'impliquer.

3. L'intervention et l'organisation

Nous venons de commenter brièvement les attitudes remarquées chez les parents. Aux dires des intervenantes l'implication des parents constitue une donnée fondamentale pour le progrès des enfants. Il semble que l'on a noté les améliorations les plus marquées chez ceux dont les parents se sont le plus impliqués. D'autre part les intervenantes tiennent à souligner qu'ils coopèrent également dans la mesure où les premières peuvent s'impliquer. Dans ce sens elles soulignent l'importance qu'il y avait à pouvoir compter sur une ligne privée pour les contacts téléphoniques. De plus elles suggèrent la mise sur pied d'un système qui permettrait un suivi à domicile pendant l'été.

Quant à l'intervention auprès des enfants, les intervenantes tiennent à souligner l'importance de l'individuel par rapport aux interventions de groupe. Ces dernières sont néanmoins fort valables quand elles peuvent permettre à l'enfant de généraliser certaines acquisitions individuelles et quand elles constituent un stimulant qui fait que les enfants peuvent se comparer pour prendre conscience de leurs capacités et leurs limites, tout cela à condition que les acquisitions soient d'abord assurées

Le type d'intervention qui a été privilégié cette année exige de la part de chaque membre de l'équipe une grande ouverture d'esprit car chacun y amène sa vision et ses moyens propres. Au-delà du caractère interdisciplinaire rencontré chez les relations entre l'enseignante, l'ergothérapeute et la physiothérapeute. Le rôle joué par la monitrice est apparu comme fondamental. Celle-ci n'était pas là comme gardienne mais

en tant qu'éducatrice de même que comme observatrice des enfants en dehors de la classe (repas du midi, toilette, etc...). Les intervenantes jugent donc que son rôle devrait être maintenu tel quel.

Enfin, sur le plan de l'organisation, les intervenantes ont souligné le caractère heureux de la décision de leur laisser le vendredi sans enfant. Cet aménagement a facilité le travail d'équipe en permettant aux intervenantes de se rencontrer et ainsi d'éviter les duplications. De plus, selon elles, les statistiques de leur fréquence d'interventions pour quatre jours sont comparables avec celles des grands centres.

Il semble donc que l'organisation était profitable à tous et toutes: enfants, parents, interventantes, etc...

5. IMPACT SOCIAL:

5.1 Mesures prises pour informer:

Les parents:

- Nous avons déjà fait état de la série de rencontres individuelles et collectives qui se sont déroulées à l'école ou à la maison familiale.
- Parallèlement les contacts téléphoniques ont été constants et les parents informés régulièrement.
- Pour le détail des rencontres, on voudra bien se référer à la partie concernant les interventions.

Les maîtres: - L'école étant de taille restreinte, tous les professeurs et autres personnels connaissent les enfants et les intervenantes et sont informés, informellement, de la marche du projet.

Le milieu social: - Soit officiellement (publicité), soit par le bouche à oreille, le milieu est informé de l'existence de ce projet de sorte qu'il peut se découvrir d'autres cas d'enfants susceptibles de bénéficier des interventions dans l'avenir.

- La Commission scolaire est également en contact avec le milieu hospitalier pour références de cas ou consultation.

5.2 Attitudes:

Les parents: - Nous en avons fait état au niveau des résultats.

6. RECOMMANDATIONS:

Les intervenantes font les recommandations suivantes:

- Vu la nécessité d'assurer une continuité dans les interventions, faire en sorte de maintenir les services de physiothérapie et d'ergothérapie pendant toute l'année, y compris l'été de façon à appuyer les parents.

7. BIBLIOGRAPHIE:

8. SOMMAIRE DU PROJET:

Ce projet de dépistage et d'intervention précoces auprès de 9 jeunes enfants handicapés physiques a permis de mettre à contribution la collaboration étroite entre une enseignante, une monitrice, une physiothérapeute et une ergothérapeute.

Soucieuse d'intervenir sur l'ensemble de la personne de ces enfants, celles-ci ont fait porté leur action non seulement dans le cadre de l'école mais également auprès des parents qu'on a voulu mettre à contribution.

L'expérience a permis non seulement de réaliser des interventions profitables pour les enfants mais également de raffermir les intervenantes dans le souci de l'interdisciplinarité ainsi que dans le caractère essentiel de la collaboration étroite des parents.

9. BUDGET:

9.1 Coût autorisé par le Ministère: $38,000.00

9.2 Coût réel: $46,713.00

10. IDENTIFICATION:

Nom du responsable du projet: Marc-André Deschênes

Nom du chercheur: Martin Ringuette

Signature du directeur général: _____

Date: _____

11. RESOLUTION DU CONSEIL DES COMMISSAIRES DE LA COMMISSION SCOLAIRE:

Alma, le 12 août 1981.

ANNEXE I

L'on sait que des programmes à domicile ont été remis aux parents par l'ergothérapeute et la physiothérapeute. Nous en donnons ici un exemple à partir du cas d'un des enfants du projet.

PROGRAMME A DOMICILE

PHYSIOTHERAPIE

Voici quelques exercices qui t'aideront à renforcir ton bras gauche.

1. Couché sur le dos, les genoux fléchis, le petit sac noir autour du bras gauche. Tu devras faire des mouvements de bas en haut en laissant les bras sur le matelas. (Faire l'oiseau).

20 X

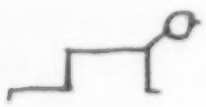
2. Couché sur le dos, les genoux fléchis, les bras en croix tu devras venir frapper des mains au dessus de la tête et revenir au matelas en gardant les coudes bien droits. (Si l'exercice devient trop facile, mettre le petit sac autour du bras).

20 X

3. Assis, le dos appuyé contre un mur, les jambes croisés en indien. Tu devras lever, avec un bâton et un petit sac autour du bâton, les bras au-dessus de la tête en

20 X

4. A 4 pattes, venir mettre du poids sur les bras, en faisant des transferts d'un bras à l'autre.



5. Assis, le dos droit, le coude appuyé sur un petit banc ou sur une petite table, le bras collé au tronc.

   Fais les exercices suivants:

   A. De la position main sur la table (paume de la main tournée vers le plafond), tu devras fléchir le coude avec un petit poids.

20 X

B. Paume de la main tournée vers le plafond, tu devras pousser le bras contre les serviettes (2 grandes serviettes pliées) et compter 5 secondes.

10 X

C. Exercices pour le poignet:

. Le bras appuyé sur la table, la paume de la main regardant vers le plafond, plie le poignet avec le petit poids.

20X

.. Le bras appuyé sur la table, la paume de la main regardant vers le plancher, étend le poignet avec le petit poids.

20X

D. Exercices pour la main

Travailler la plasticine (voir programme à domicile d'ergothérapie).

6. Il est encore adéquat de faire les exercices pour améliorer l'équilibre (voir programme à domicile de physiothérapie de décembre).

7. Lors de la marche, faire penser à Myriam de déposer son talon en premier.

Bonne chance!

N.B.: Ces exercices devront être faits à tous les jours.

Johanne Saulnier, pht.
Ecole Jean Dequen,
Alma.

10-03-81.

PROGRAMME A DOMICILE

ERGOTHERAPIE

1- Dessins à compléter:
- suivre des pointillés
- colorer avec la main gauche en ne bougeant que le poingt et les doigts.

2- Dessins spontanés:
- fixer les au mur ou sur un chevalet afin de faire travailler l'épaule.
- copier des lignes qui se coupent en leur milieu.

  ex.:
- copier:

3- Calendrier:
- indiquer la séquence des jours
- indiquer la séquence des saisons.

4- Montre:
- lire l'heure (heure juste et ½ heure)
- connaître l'heure correspondant à certaines activités.

5- Découpage:
- avec la main gauche
- découper des angles concaves.
- veillez à ce que le bras ne soit pas appuyé.

6- Tableau à craies au mur:
- tenir le coude gauche bien droit
- écrire le plus haut possible et sans lever sur la pointe des pieds
- elle doit se tenir au centre du tableau sans se déplacer vers la droite, seul le bras gauche se déplace.

7- Epoussetage, repassage avec le bras gauche.

8- Plasticine: - faire des tartes avec un rouleau à pâte adapté

- veillez à ce que le rouleau se déplace symétriquement, bien droit.

9- Corde à danser.

10- Jeu de marelle.

11- Sauter à l'élastique.

12- Bolo, yoyo. (avec la main gauche).

13- Marionnettes: - faites lui confectionner ses propres marionnettes en tissu (découpage, couture, jeu spontané).

14- Veillez à ce qu'elle porte les choses à 2 mains.

15- Ballon: - le lancer à 2 mains
- le lancer avec le lancer adulte
- le tenir le plus haut possible.

16- Marcher sur les mains en la tenant par les pieds.

17- Cerceaux.

Il est très important qu'elle porte son atelle afin que l'épaule récupère dans de bonnes positions.

Bonne chance.

11-6-81

Linda Simard, e.p.

ANNEXE II

CENTRE LEON JUNEAU

ECOLE JEAN DEQUEN

Inventaire des habiletés aux niveaux moteur, perceptuel, du langage, de l'autonomie, de l'apprentissage, comportementale et sociale.

Fiche non standardisée devant être appliquée conjointement par un (e) enseignant (e), une monitrice, un (e) physiothérapeute et un (e) ergothérapeute.

MOTRICITE

HABILETE	ACQUIS	QUALITE (symétrie, dissociation, équilibre, temps avec ou sans appui)	NON ACQUIS
A) Niveau de fonctionnement moteur (motricité grossière):			
1. Contrôle la tête			
2. Contrôle le tronc			
3. Se tourne du vendre au dos			
4. Se tourne du dos au ventre			
5. Rampe			
6. Tient la position assise			
7. Prend la position assise			
8. Tient la position "à quatre pattes"			
9. Marche à quatre pattes			
10. Tient la position "à genoux"			
11. Prend la position "à genoux"			
12. Tient la position "demi-à-genoux"			
13. Prend la position "demi-à-genoux.			
14. Tient la position debout			
15. Prend la position debout			
16. Est en équilibre statique			
17. Est en équilibre de façon dynamique			

B) Bilan fonctionnel			
a) Se déplace surtout en chaise roulante			
1. Roule sa chaise roulante			
2. Exécute les transferts de façon indépendante			
b) Se déplace avec un déambulateur			
c) Se déplace en tricycle			
d) Marche avec des béquilles			
1. Se relève du sol			
2. Monte un escalier			
3. Descend un escalier			
4. Marche sur une surface plane			
5. Marche sur une surface accidentée.			
6. Monte une chaîne de trottoir.			
7. Descend une chaîne de trottoir			
e) Marche sans aide			
Avec appareil			
Sans appareil			

1. Se relève du sol			
2. Monte un escalier			
3. Descend un escalier			
4. Marche sur une surface plane			
5. Marche sur une surface accidentée			
6. Monte une chaîne de trottoir			
7. Descend une chaîne de trottoir.			
C) <u>Utilisation des membres supérieurs (motricité fine)</u>			
Evaluation selon la batterie Talbot			
Age de développement:			
a) Utilisation des membres supérieurs			
1. Utilise le membre supérieur gauche			
2. Utilise le membre supérieur droit			
3. Utilise les membres supérieurs de façon bilatérale			
b) Préhension	G	D	
1. Utilise la prise palmaire			
2. Utilise la prise cubito palmaire			
3. Utilise la prise radio-palmaire			

	G	D		
4. Utilise la prise latérale				
5. Utilise la prise pouce-index				
6. Contrôle le mouvement du poignet				
c) Relâchement				
1. Relâche un objet quelconque				
D) <u>Activités</u>				
1. Enfile des perles				
2. Découpe du papier				
3. Boutonne un vêtement				
4. Lace les souliers				
5. Lance un ballon				
6. Attrape un ballon				
7. Frappe un ballon				
8. Tient un crayon				
9. Utilise un crayon				
10. Colore				
11. Pointe à l'aide d'un des membres supérieurs				

G: Gauche
D: Droite

ASPECT PERCEPTUEL

(Pré-requis à la Maternelle)

A) Couleurs			
1. Discrimine le bleu			
2. Discrimine le blanc			
3. Discrimine le rouge			
4. Discrimine le vert			
5. Discrimine le jaune			
6. Discrimine l'orangé			
7. Associe le bleu			
8. Associe le blanc			
9. Associe le rouge			
10. Associe le vert			
11. Associe le jaune			
12. Associe l'orangé			
13. Nomme le bleu			
14. Nomme le blanc			
15. Nomme le rouge			
16. Nomme le vert			
17. Nomme le jaune			
18. Nomme l'orangé			
B) Formes			
1. Discrimine le carré			
2. Discrimine le cercle			
3. Discrimine le rectangle			

4. Discrimine le triangle			
5. Associe le carré			
6. Associe le cercle			
7. Associe le rectangle			
8. Associe le triangle			
9. Nomme le carré			
10. Nomme le cercle			
11. Nomme le rectangle			
12. Nomme le triangle			
13. Reproduit le carré			
14. Reproduit le cercle			
15. Reproduit le rectangle			
16. Reproduit le triangle			
C) Grandeurs			
1. Distingue grand et petit			
2. Réussit la séquence de la tasse graduée - avec essais et erreurs - sans erreur			
3. Associe des objets de même grandeur			
D) Espace			
1. Discrimine le haut et le bas			

2. Discrimine le gros et petit			
3. Discrimine le long et le court			
4. Discrimine ce qui est près ce qui est loin			
5. Discrimine la droite et la courbe			
6. Discrimine le dessus et le dessous			
7. Discrimine "dans" et "à côté"			
8. Discrimine "en avant" et "en arrière"			
9. Nomme le haut			
10. Nomme le bas			
11. Nomme le gros			
12. Nomme le petit			
13. Nomme le court			
14. Nomme le long			
15. Nomme le près			
16. Nomme le loin			
17. Nomme le droit			
18. Nomme le courbé			
19. Nomme le milieu			
20. Nomme le dessus			
21. Nomme le dessous			

22. Nomme "dans"			
23. Nomme "à côté"			
24. Nomme " en avant"			
25. Nomme "en arrière"			
E) TEMPS (Orientation dans le temps)			
1. Distingue long et court			
2. Distingue jour et nuit			
3. Distingue les saisons			
4. Distingue semaine et fin de semaine			
5. Distingue avant-midi, après-midi et soirée			
6. Distingue les jours de la semaine			
7. Distingue les dates			
F) Shéma corporel (en montrant ou en nommant)			
a) La tête:			
1. Identifie la tête			
2. Identifie les yeux			
3. Identifie le nez			
4. Identifie la bouche			
5. Identifie les oreilles			

6. Identifie les cheveux			
7. Identifie les dents			
8. Identifie les joue			
9. Identifie la langue			
10. Identifie les sourcils			
11. Identifie les cils			
12. Identifie le front			
13. Identifie le menton			
14. Identifie le palais			
15. Identifie la nuque			
b) le tronc:			
1. Identifie le ventre			
2. Identifie le dos			
3. Identifie le cou			
4. Identifie la poitrine			
5. Identifie les épaules			
6. Identifie les hanches			
7. Identifie la taille			
c) les membres:			
1. Identifie les bras			
2. Identifie les mains			
3. Identifie les coudes			

1. Identifie les bras			
2. Identifie les mains			
3. Identifie les coudes			
4. Identifie les poignets			
5. Identifie les doigts			
6. Identifie la paume			
7. Identifie les jambes			
8. Identifie les pieds			
9. Identifie les genoux			
10. Identifie les cuisses			
11. Identifie les orteils			
12. Identifie les talons			
13. Identifie les chevilles			
14. Identifie les mollets			
d) <u>Conscience du corps</u>			
1. Distingue la gauche			
2. Distingue la droite			
3. Croise la ligne médiane			

G) <u>Perception visuelle</u> Evaluation faite d'après l'échelle de Frostig: test de développement de la perception visuelle 1. Coordination oculo-motrice 2. Perception figure -fond 3. Conservation de la forme 4. Perception de la position spatiale 5. Perception des relations spatiales			

LANGAGE

(Langage expressif)

1. Emet des sons			
2. Imite des sons			
3. Dit des mots			
4. S'exprime par mot-phrase			
5. Dit des phrases			
6. Prononce			
7. S'exprime de façon cohérente			
8. A des échanges verbaux avec un autre enfant			
9. A des échanges verbaux avec un adulte			

AUTONOMIE

(Activités de la vie quotidienne)

A) Hygiène			
1. Se lave			
2. Se brosse les dents			
3. Se peigne			
B) Toilette			
1. Est propre (ne porte pas de couche			
2. S'asseoit sur le pot			
3. Se lève du pot			
4. S'asseoit sur la toilette			
5. Se lève de la toilette			
6. S'essuie après être allée au cabinet			
C) Alimentation			
1. S'alimente			
2. Utilise adéquatement les ustensiles			
3. Mange proprement			
D) Habillement			
1. Met les bas			
2. Met les pantalons			
3. Met les souliers			
4. Met un gilet ou une chemise			

5. Met un manteau 6. Met un chapeau 7. Met la fermeture-éclair 8. Descend la fermeture-éclair			

APPAREILLAGE ET EQUIPEMENT SPECIALISE

(Description)

COMPORTEMENT A LA TACHE

1. Se concentre			
2. Tolère la frustration			
3. Persévère dans une activité			
4. Contrôle des émotions			
5. Obéit aux consignes			
6. Comprend les démonstrations			
7. Comprend les consignes			

SOCIALISATION

1. Travaille avec les autres 2. S'amuse avec les autres 3. Collabore avec l'adulte - enseignante - physiothérapeute - ergothérapeute - monitrice 4. Manifeste de l'initiative			

NOM DE
L'ENFANT:

EVALUATION DE L'EQUILIBRE STATIQUE ET DYNAMIQUE

STATIQUE			DYNAMIQUE		
	A	NA		A	NA
2 ans — Talons joints, bras collés au corps. Rester immobile sur un ban: durée: 10" (3 essais)			2 ans — Monter sur un banc, avec appui (répéter avec l'autre jambe (1 essais/jambe)		
2 1/2 ans — Se tient sur la pointe des pieds, pieds non réunis.			2 1/2 ans — Marche sur la pointe des pieds		
			Sauter d'un petit banc pieds réunis		
3 ans — Prendre et tenir position génuflexion, bras le long du corps trond droit durée: 10" (2 essais/jambe)			3 ans — Debout, pieds joints, genoux fléchis. Sauter, sans élan, au dessus d'une corde tendue au sol(2R/3R)		
			Courir sur la pointe des pieds		
4 ans — Se tient sur une jambe (5")			4 ans — Sauter sur une jambe (2-3 sauts)		
Jambes réunies, bras le long du corps. Fléchir les hanches à angle droit avec le corps. durée:10" (2 essais)			Sauter sur la pointe des pieds avec mouvements simultanés (7-8 sauts) (2 essais)		
5 ans — Bras croisés. Se tient sur un pied pendant 10"			Monter et descendre les escaliers sans rampe et en alternant. 5 ans — Sauter en alternant les pieds.		
Bras collés au corps membres inférieurs réunis. Monter sur la pointe des pieds et tenir 10" (3 essais)			Marcher sur une ligne étroite. Pieds joints, genoux fléchis. Sauter, sans élan, par dessus une corde pindée à 8 pouces du eve (2R/3 R)		

DATE D'EVALUATION: .....

PHYSIOTHERAPEUTE: .....

A: ACQUIS NA: NON ACQUIS

BILAN MUSCULAIRE

(Evaluation faite à l'aide de la fiche d'évaluation du Centre Cardinal Villeneuve de Québec)

Note: Cette fiche est remplie dans les cas relevant de l'orthopédie, de la polyneuropathie de même que dans les cas de dystrophie musculaire et de myelomémingrocèle.

		G	D			G	D
COU	Fléchisseurs			ORTEILS	Fléchisseurs		
	Extenseurs				Extenseurs		
TRONC	Fléchisseurs				Extenseur du 1er ort.		
	Extenseurs				Fléch. du 1er orteil		
	Elévateur du bassin				Abd. et add.des ort.		
HANCHE	Fléchisseurs			VISAGE	Plisser le front		
	Extenseurs				Fermer les yeux		
	Abducteurs				Plisser le nez		
	Adducteurs				Sourire		
	Rot. internes				Siffler		
	Rot. externes				Serrer les dents		
GENOU	Fléchisseurs				Relever les paupières		
	Extenseurs				Ouvrir la bouche contre résistance		
PIED	Fléchisseurs dorsaux			OMOPLATE	Abducteurs		
	Fléchisseurs plantaires				Adducteurs		
	Inverseurs				Elévateurs		
	Everseurs				Dépresseurs		

		G	D			G	D
EPAULE	Fléchisseurs			DOIGTS	Fléch. commun sup.		
	Extenseurs				Fléch. cummun prof.		
	Abducteurs				Extenseurs		
	Adducteurs				Abducteurs		
	Rot. internes				Adduteurs		
	Rot. externes				Lombricaux		
COUDE	Fléchisseurs				Opposant 1er		
	Extenseurs				Opposant 5e		
	Pronateurs			RESP.	Ins. intercostale		
	Supinateurs				Insp. diaphrag.		
POIGNET	Fléchisseurs				Exp. forcée		
	Extenseurs				Spinométrie		
	Déviation radiale						
	Déviation cubitale						

ANNEXE III

TABLEAUX DES RESULTATS